DELLA

# PLEURITIDE

2

# SAGGIO

## SUL DIAGNOSTICO E SULLA CURA

DELLA

# PLEURITIDE

DEL DOTTOR

## DOMENICO GOLA

MEDICO PRIMARIO DELLO SPEDALE DI S. GIOVANNI DI DIO

E DEL SEMINARIO ARCIVESCOVILE

MEMBRO DELLA SOCIETA' D'INCORAGGIAMENTO DI SCIENZE, EC.

DI MILANO



MILANO

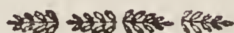
TIPOGRAFIA E LIBRERIA DI GIUSEPPE CHIUSI

contrada di S. Vittore e 40 Martiri

1846

AI



*A Voi che novelli entrate nel clinico tirocinio io dedico questo mio lavoro. Esso è frutto della osservazione e della esperienza, è il compendio di tutte quelle storie di malattie che ho pazientemente raccolto nella mia pratica. So bene che poco o nulla vi offro di nuovo, ma non vi presento pur cosa che vera non sia, che coi miei sensi rilevato non abbia, e ripetutamente confermata.*

*L'aggradimento vostro sarà la più equa rimunerazione alle mie fatiche, sarà la più dolce retribuzione al desiderio che sento di esservi giovevole.*

DOMENICO GOLA.

# SAGGIO

# SULLA PLEURITIDR

> Non hypotheses condo, non opiniones vendito, quod vidi scripsi.
>
> HEYFELDER.

La pleura è una membrana sierosa suscettibile delle più gravi malattie. La sua natura, lo stretto legame con organi soggetti di frequente ad infermarsi, e coi quali divide le più volte i patimenti, le molteplici cause morbose di cui essa può essere ludibrio rendono ragione della facile sua declinazione dallo stato sano.

Non ha appena sentito la pleura l' influenza delle potenze nocive, che subito si disordina l' armonia delle sue funzioni, e da tale alterazione derivano male conseguenze e per essa, e per i visceri coi quali trovasi in vicino rapporto.

La infiammazione è il modo di essere patologico più proprio a questa membrana, e gli esiti della medesima sono nel nostro caso più agevoli ad osservarsi che in altri tessuti, gli unici dai quali il medico deve temere nella tutela del proprio ammalato.

Prima di innoltrarmi nella descrizione dei sintomi, e dei segni fisici della pleurite, e delle sue morbose successioni, credo opportuno esporre di volo le più apparenti alterazioni, che sotto l'influenza del processo flogistico si preparano, rimandando alle opere di *Laennec*, *Andral* e *Monneret*, chi amasse tutte investigare le più fine e variate produzioni morbose conseguenti alla pleurite.

La pleura, che nello stato sano è lubreficata da un sieroso umore, il quale agevola i movimenti di contatto fra la sua superficie costale e la polmonale negli alterni moti della respirazione, sorpresa da flogosi, si rende secca a guisa di pergamena, non altrimenti di quello veggiamo esternamente avvenire nella congiuntiva dell'occhio al primo svolgersi di una infiammazione catarrale (xerottalmia).

Nel progresso la flogosi prepara altri cambiamenti nella parte affetta, e dà luogo a due prodotti, solido l'uno, l'altro liquido.

I prodotti solidi sono pseudomembrane di varia natura, le quali esudano alla superficie libera della

pleura, si solidificano più o meno raggiungendo varj gradi di consistenza e tessitura, dalla tenuissima tela di ragno alla degenerazione cartilaginea, e persino ossea (*Thurnam. Edinb. med. and. surg. Journ.* 1834). Questi prodotti solidi si riscontrano più copiosi e frequenti sulla parete pleurale delle coste, che dei polmoni, nelle parti laterali, e posteriori inferiori, che superiori: in generale veggonsi meglio sviluppati là, ove una penosa sensazione indicò la via che si aprì la flogosi. Alle pseudomembrane io riferisco anco i fiocchi albuminosi nuotanti nei prodotti liquidi, i quali depositandosi sulle pleure danno luogo colla loro cristallizzazione alla formazione di quelle, e parmi ragionevole considerarli in tal caso come loro parti elementari.

Non è a negarsi, che questi esudamenti solidi siano più ovvj a trovarsi nelle pleuriti associate a pneumonite, e che nelle semplici pleuritidi osservinsi per lo più congiunti a versamento liquido. Egli è per ciò che *Laennec* negava, o per lo meno poneva in dubbio l'esistenza della così detta *Pleurisie seche. Andral* però la ammise, nè parmi si possa negarla sulla semplice ragione, che nei cadaveri trovato mai non siasi in generale una effusione liquida, che non esistessero ad un tempo produzioni pseudo-membranose.

L' altro prodotto di natura fluida varia nella sua

qualità, e consistenza. Ora è un liquido incoloro: ora verde o giallognolo: quando una materia caseosa simile a quella che sgorga dagli ascessi linfatici, e quando un liquido sanguinolento, ed anco puramente sanguigno. Questi liquidi, che si rinvengono versati nelle pleure sono in generale inodori, non frammisti a gas, e solo in alcune speciali circostanze, che verranno indicate, e tali liquidi acquistano uno insopportabile fetore, e molto gas si svolge nel cavo toracico. Parlando di tali prodotti liquidi non vuolsi escludere la contemporanea deposizione di esudamenti solidi. È questa una complicazione, un carattere anatomico che manca quasi mai nelle effusioni liquide.

È cosa ovvia il dimandare, quanto tempo impieghi la flogosi alla produzione di tali esiti, e quali cause determinino più l'uno che l'altro di questi postumi.

Difficile è il rispondere alla prima dimanda, ne io credo che gli esperimenti istituiti da *Gendrin*, *Hasse*, *Canstatt* ed *Andral* sugli animali possano condurre alla soluzione della medesima. I liquidi infatti di indole irritante injettati nelle pleure, i corpi laceranti fatti penetrare nelle medesime spiegar debbono un effetto ben più rapido su queste membrane, di quello sia una causa cosmica di refrigeramento, ecc., per cui male si avrebbe per

misura del tempo che trascorre fra la flogosi e la effusione, lo spazio che osservasi fra quella causa violenta ed il suo effetto. Ma se gli esperimenti lasciano un vuoto, questo ben difficilmente si può riempiere colle cliniche osservazioni, poichè gli individui sorpresi da pleurite, che richiedono del medico, sono le più volte già soggetto di un esito della medesima. Egli è quindi più dalle cognizioni anamnestiche, che dalle statiche investigazioni, che desumere si può in via approssimativa il tempo trascorso fra la accesa flogosi, e l'attivata funzione delle pleure. Generale pertanto è l'opinione dei pratici che la pleura côlta da infiammazione possa nel giro di dodici ore presentare un esito, ritenendo per esagerata l'asserzione di *Laennec*, che dice avere sentito l'effusione un'ora dopo, e nel lasso di tre osservato il lato dilatato.

Quali sieno poi le cagioni, per le quali abbia luogo un esudato liquido anzi che un solido, è cosa ardua il poterlo determinare. Vogliono alcuni, che quanto più l'individuo è giovine, vigoroso, di fibra musculare e di sanguigno temperamento inclini agli esudati solidi di preferenza, e che coloro che forniti sono di fibra lassa, di abito scrofoloso, di temperamento linfatico tendano alle effusioni liquide. Questa opinione basata più su principj teorici che pratici viene le molte volte smentita dal fatto, co-

me ognuno nella propria esperienza ne può rinvenire le prove.

Avvenuta una volta dietro l' influenza del processo flogistico l' esito della pleurite, degni di sommo interesse pel medico sono a conoscersi i cambiamenti che succedono nel cavo toracico. Parmi necessario, che io qui di volo li rappresenti al medico prima di condurlo alla diagnosi della malattia, riserbandomi a parlarne nel seguito più diffusamente.

Diverse sono le alterazioni alle quali soggiace dietro la pleurite il cavo toracico nel giusto rapporto dei visceri che contiene, e nella posizione dei vicini, a seconda della differenza dell'esito se solido, o liquido.

Nelle produzioni solide consistenti in semplici pseudo-membrane, di qualunque natura e forma esse siano, l'influenza sul viscere della respirazione, e sui vicini non apporta gravi disordini. Le stesse aderenze fra la pleura costale e la polmonale, che i medici antichi incolpavano quali cause di morti repentine, per pochi cadaveri siansi investigati, ognun sa come tornino indifferenti all'esercizio delle funzioni del polmone.

Ma non è così delle effusioni liquide. Un liquido effuso nel cavo toracico, di qualunque natura esso sia, occupa uno spazio a danno degli altri vi-

sceri. Il polmone come organo più soffice forza è che ceda a poco a poco, e venga gradatamente compresso. Il suo volume scema in ragione diretta della copia del liquido che si effonde, riducesi talvolta a tale estremo da divenire un organo inutile allo scopo per il quale fu destinato: le cellule polmonari ravvicinate alle loro opposte pareti, si obbliterano, i vasi sanguigni divengono impervj alla circolazione, i piccoli bronchi rassomigliano bianchi filamenti, i grossi si impiccoliscono, si atrofiano, offrono un lume sorprendentemente ristretto messi di confronto col polmone sano.

Ma non è il solo polmone ludibrio dell' effusione liquida nel cavo del petto. In altre parti esercita pure la sua influenza, e queste sono il cavo toracico, la trachea, l' opposto polmone sano, il cuore, il diaframma, il fegato, la milza, e lo stomaco.

Il cavo toracico si allarga notabilmente massime alle base del lato affetto, gli spazj intercostali allontanansi fra loro, la scapola si eleva, il capezzolo non è più a livello dell' altro. — Se l'effusione è a sinistra il cuore viene spostato a destra, lo stomaco e la milza abbassati. Se a destra, il fegato oltrepassa più o meno il margine costale che lambe in istato sano. Tanto poi nel caso di destra, che di sinistra effusione il diaframma viene

a sporgere in basso, cambiando talfiata la sua superficie cava in convessa verso l'addome. Nelle varie posizioni del polmone, massime se esso è obbligato da aderenze, può parimenti avvenire lo spostamento della trachea.

Premesse queste notizie, che giovar possono alla più facile conoscenza della pleurite, passo allà sua descrizione.

La pleuritide è una malattia non così frequente quanto la pneumonite, ma che occorre assai più sovente di quello generalmente si reputi. Intendo parlare di quella flogosi che interessa solamente la pleura, non già della simultanea affezione della pleura e del polmone, cioè della pleuro-pneumonitide. Pendeva una volta indecisa la questione, se dar si potesse la infiammazione della pleura indipendentemente da quella del polmone, anzi *Triller* sosteneva: *nullam esse veram pleuritidem acutam sine peripneumonia.* (Comment. de Pleurit., p. II. C. I. VIII); ma oggi giorno la mercè l' ascoltazione laennechiana è posto fuori d'ogni dubbio, che possa la pleura essere soggetto di infiammazione senza che questa si comunichi al polmone.

Sebbene non siavi età, nella quale non possa la pleurite svilupparsi; pure la media sembra a preferenza disposta.

L'individuo subbietto di questa malattia viene

sorpreso da dolori al petto, i quali in generale, non sono da principio accompagnati da febbre. Questi dolori vengono accusati talfiata in luoghi così lontani dal petto, che sembrano escludere un patimento pleurico; ma per lo più si manifestano verso la settima costa di uno, o di un altro lato, e lasciano nel malato la sicurezza di un semplice reuma. Dall' indicato luogo dopo due o tre giorni il dolore ascende alla mammella, si irradia verso lo spazio sottoascellare in basso, e desta un movimento febbrile con difficoltà a compiere una piena respirazione. Non è raro il caso, che l' ammalato accusi il dolore in un lato, e la pleurite sia nell' opposto. Questo fu osservato da *Canstatt*, ed io pure l' ebbi a notare non è molto in un mio ammalato. Talvolta pure avviene di ritrovare un esudato pleurico senza che sia preceduto alcun dolore, nel qual caso *Eisenman* (*Die Krankheitsfamilie des Rheuma*, Bd. III) vorrebbe fosse stata affetta la pleura polmonale, che esso ritiene insensibile. Un esempio di questa natura trovasi attualmente nel mio spedale.

Questo è il modo più frequente col quale si annunzia la pleurite. Tal fiata però è un dolore pungentissimo, sempre fisso allo stesso luogo, intollerabile, preceduto quasi sempre da febbre a fred-

do, modo questo di annunzio della pleurite assai meno frequente del primo.

Se in questo ultimo caso il malato è sollecito a mandare pel medico, lo è tanto meno nel primo, venendo esso deluso dal vagare del dolore, e dalla nessuna, o poca febbre che lo accompagna. Chi lo determina infine a ricorrervi si è un altro apparato di sintomi, che dapprima leggiero ed attribuito al solo dolore, diviene nel seguito imponente al povero malato.

Questo consiste in un affanno di respiro, che va ogni giorno crescendo a segno, che il paziente o non può decombère che su di un lato, o col tronco situato diagonalmente, ovvero solo supino, sebbene col tronco non elevato; in una tosse secca, che esacerba colle sue scosse le parti dolenti, in una tensione dell' uno o dell' altro ipocondrio, in un senso di peso allo sterno, in un aumento d'affanno sotto il moto. È a questo punto che ridotto l'ammalato, ricorre al medico. E per sua mala ventura molte volte ho veduto concorrere lo stesso medico a peggiorare la condizione del malato, s' egli è straniero ai mezzi che presta l' ascoltazione. Poichè fattasi, è vero, l' idea di una pleurite, appoggia la sua cura al salasso, ma guidato solo dalla presenza del dolore e della febbre, non è giunto appena alla terza o quarta sottrazione, che scom-

parso l' uno, e temperata l' altra, modera l' attività del suo trattamento, e l' ammalato riputandosi in via di guarigione da esso lui si congeda. Questo è un fatto, del quale io ebbi più volte ad essere testimonio, e *Andral* che lamenta lo stesso caso, e lo avverte in più occasioni, nelle note alla osservazione nona aggiugne: « *Parvenus à ce degré*, cioè al punto, di cui sopra, *les malades ne se plaignent plus que du defaut de rétablissement des leurs forces, et ils croyent toucher au moment de leur convalescence. S' il n' était éclairé par la percussion et l'aucultation le médécin lui-même partagerai souvent cette espoir*. E il medico e l'ammalato sono pertanto amendue in errore, e quegli lascia questo nel momento, che una grave successione morbosa entra a peggiorare il suo stato. Ed ecco la necessità di valersi dell'ascoltazione per la diagnosi della pleurite, essendo i segni fisici i soli costanti, incerti i razionali, come quelli che appoggiati al solo disturbo delle funzioni o sono individuali, e confondibili con altri mali, o tali da non attirarsi l' attenzione che si meritano.

Il colorito del viso dell' ammalato è assai differente da quello di un pneumonico. Questi su di un fondo giallognolo ha dipinto sulle gote due areole rosso-oscure; quello presenta una tinta affatto pallida. La lingua è lievemente asciutta, per lo più

vestita di bianco muco, le nari piuttosto secche. La respirazione da principio, per l'ostacolo frapposto al suo compimento dal dolore, è affannosa, interrotta, dolorosa: ad avvenuta effusione è laterale, difficile. Il parlare è affannoso: avvi tosse secca, la quale d'ordinario si risveglia dietro le profonde ispirazioni, ovvero è seguita da sputi spumosi, catarrali, ciò che indica per lo più una contemporanea irritazione dei bronchi. L'uno o l'altro ipocondrio è teso: non mancano talvolta il singhiozzo, il vomito, i sintomi di una irritazione gastro-enterica. La cute è secca, arida, aumentata la sua temperatura, il polso piccolo, stretto, frequente, scarse le orine. Alcuni pochi sono funestati da sogni spaventosi, ed ho osservato ben anco accusare altri una lieve sordità dal lato affetto, ed un torpore nel braccio corrispondente.

Il decubito del malato in generale è supino; dissi in generale, poichè è pure osservata la giacitura sul lato affetto, o l'atteggiamento del corpo diagonale, come dice *Andral*: più raro è il decubito sul lato sano.

Osservando il torace del malato tre, quattro giorni dopo l'entrata della flogosi, scorgesi uno dei due lati sensibilmente accresciuto nella sua periferia, e questa differenza di volume rilevasi in ispecie verso l'ipocondrio, il quale sporge più tumido

dell'altro, massime se il lato affetto sia stato il destro. È questo un segno, che non manca mai anco nelle lievi effusioni, poichè il liquido segregato raccogliesi dapprima in basso sospinto dal proprio peso. A malattia avanzata uno spazio maggiore divide fra loro le coste, si obblitera quella lieve solcatura intercostale che si osserva dal lato sano, i muscoli intercostali si tendono, e sporgono benanco all'infuori oltre il livello delle coste istesse: lo sterno piega lievemente dall' opposto lato, la clavicola si eleva, la scapola viene portata all' infuori. Non è pur raro l' osservare una lieve intumescenza del tessuto cellulare della cute.

Gettando l' occhio sul malato collocato supino nell' atto che eseguisce una respirazione ordinaria, vedesi immobile il giuoco muscolare intercostale di uno dei lati, scorgesi elevarsi un omero più dell' altro, ed un lato strascinare quasi il suo opposto dal basso all' alto (respirazione unilaterale). Questa alterazione nel movimento unisono del torace rilevasi meglio a respirazione inavvertita del malato, che quando gli si consiglia di eseguire una profonda ispirazione, poichè elevando esso in questo caso tutto il torace con uno sforzo subito e violento, maschera l' espressione negativa del lato affetto.

Facendo sedere l' ammalato sul letto, e girando l' occhio sulle parti laterali e dorsali del torace

denudato, il medico vedrà più palese ancora la sporgenza di uno dei fianchi, e l'elevamento della parte dorsale inferiore. È in questa stessa posizione, che cade maggiormente sott' occhio il minore sollevarsi di una spalla di confronto coll' altra nell' atto della respirazione.

Viene generalmente consigliato di servirsi di un misuratore per assicurarsi dell' ingrandimento di un lato in paragone del suo opposto. Io sono di parere, che questo mezzo sia affatto inutile, se pure non può condurre in qualche errore. Rifletta il medico alla difficoltà di potere assegnare una giusta misura per gli alterni moti della respirazione, che sono nel nostro caso assai frequenti, al grado maggiore di dilatazione del lato sano per supplire alla insufficienza dell' ammalato, al naturale maggiore volume del lato destro avvertito dietro ripetute esperienze da *Walleix*, e poi conchiuda, se i risultati di un misuratore possano essere esatti, se l' occhio solo non basti a giudicare del maggiore ingrandimento del lato affetto.

Ognuno sa, che se in istato sano si applica fermamente la palma della mano sul petto nell' atto che un individuo parla, essa percepisce un fremito, che annunciato da *Laennec*, venne utilmente applicato da *Reynund* alla conoscenza di uno stato morboso. Nella effusione pleurica, essendovi inter-

posto fra il polmone ed il costato un liquido, la mano applicata sul lato affetto più non rileva vibrazione alcuna.

Se lo strato del liquido non è molto, la risonanza procurata dal dito che percuote è appena al disotto del normale: essa diviene più o meno muta in ragione diretta dell' aumento del versamento.

Giova premettere, parlando della percussione, che essa verrà modificata dalle aderenze, che obbligar possano il polmone a mantenersi fermo in una, od in un' altra parte del costato.

Percuotendo il petto nella parte anteriore dalla clavicola in basso, il suono che ne emerge superiormente è più chiaro del solito, quasi timpanico. Questo avviene sempre ogni qualvolta il liquido effuso è in moderata quantità, ed il polmone libero da ogni aderenza viene dal liquido compresso dal basso all'alto, e si frappone nella parte dorsale fra lo stesso polmone ed il costato. E la ragione di questo suono timpanico sta nella natura del corpo più conducibile (il liquido), su cui basa il polmone. (1)

Nel caso di maggior copia di liquido, discendendo colla percussione dalla clavicola, come pure dalla regione sotto-ascellare, e dalla sourascapolare in basso arrivasi ad un punto, nel quale osservasi una sorprendente transizione dal suono chiaro al muto assoluto e con resistenza al dito tutta pro-

La ragione di questo suono timpanico addotta dal [illegible] Dubini e Skoda, è falsa, mentre la spiegazione [illegible] naturale non è che di funzione e di anatomia [illegible] È di funzione anche la parte libera del viscere [illegible]

pria a questa malattia. È ben raro che la percussione praticata nella parete anteriore segni una linea di passaggio dal suono chiaro al muto, la quale corrisponda alla parte dorsale. Sarà più bassa la sonorità in avanti, e più alta la ottusità nel dorso. Anco nella massima effusione io ho poi sempre sentito qualche sonorità nella regione clavicolare.

Quasi tutti gli scrittori, che parlano della pleurite con effusione liquida, aggiungono quale uno dei segni fisici la diversa sonorità del petto giusta la differente posizione che si dà all' infermo. *Variatur sonitus evocatus*, dicea *Auenbruggero*, *pro vario situ aegri*, *quem assumere capax fuerit.* ( *Invent. novum.*, *etc.* ). Questo fatto, che in teoria non può essere più plausibile, e che per essa, più che per le cliniche osservazioni venne ammesso, vuole essere inteso con molta riserva. Fatta astrazione da tutti quei casi, nei quali l' idrope è circoscritto da aderenze periferiche contratte qua e là dalle due pagine pleurali per l'intermezzo delle pseudo-membrane, io sostengo, dietro ripetute esperienze, che la diversa posizione del malato per nulla influisce sul cangiamento di posizione del liquido, e sul conseguente ritorno della sonorità. Che se in qualche caso ciò avviene, egli è soltanto nei lievi spandimenti sierosi, ove io pure l' ho osservato, ma anco questi casi sono tanto

rari, che ritener si ponno quali eccezioni alla regola generale. Di questo sentimento sono pure *Voillez, Oulmont, Skoda* e *Żeyetmayer*, il quale apertamente dice. « Io non posso convenire con « quei medici, i quali dal cangiamento di posizio- « ne del malato desumono delle norme per l' esi- « stenza delle effusioni pleuritiche. » (*Grundzüde der Perc. und Aucs. Wien.* 1846).

Per tal guisa e l' ispezione ed il difetto del fremito fonico e la percussione indicano di già al medico una forma di malattia, che non è a confondersi colle altre. Viene in fine l' ascoltazione a gettare la più chiara luce sul diagnostico.

L' ascoltatore nella investigazione della pleurite, seguendo fedelmente i passi tracciati colla percussione, ricordar deve alla sua mente cosa essa gli rivelò nell' atto stesso che col suo orecchio interroga la condizione, nella quale trovasi la respirazione del polmone. In tal guisa la sua analisi sarà esatta, ed il diagnostico raggiungerà il massimo grado di evidenza.

Se fosse dato al medico di poter esaminare una pleurite nel suo primo svolgersi, rileverebbe egli al luogo, ove l'ammalato accusa il dolore, un rumore particolare detto di soffregamento, a colpi interrotti, simile a quello che si produce passando leggermente un dito su di una stoffa di seta. Non

infrequenti occasioni ne porgono di sentire un tal rumore quegli individui affetti da tisi polmonale, che vengono tratto tratto sorpresi da pleuriti parziali. Ma fuori di tali circostanze, nelle quali è facile sorprendere nel loro principio queste pleuriti secondarie, ben di rado è concesso esplorare un'incipiente legittima pleurite: essa è quasi sempre soggetto delle mediche cure a decorso innoltrato, quando le pleure per l' effuso liquido sono già fra di loro allontanate, e tal rumore scomparso.

Comincierà l' ascoltatore ad applicare l' orecchio alla regione sottoclavicolare esplorando quelle parti, che alla percussione furono più sonore. Qui sentirà una respirazione esagerata, puerile, superficiale: pare che il polmone sia sotto sotto l' orecchio, e non si rileva quella piena e dolce espansione vescicolare dello stato normale. Mano mano che si discende coll' orecchio si incontra un punto, nel quale odesi nessun mormorio respiratorio, per quanto si raccomandi al malato di inspirare profondamente, onde evitare ogni causa di errore. Dallo spazio clavicolare passando al dorsale e sottoascellare, dopo avere rilevato lo stesso che anteriormente nelle parti superiori, scorrendo più in basso coll' orecchio, l' ascoltatore giugne ad un luogo, ove cessa il mormorio respiratorio vescicolare, e sentesi a sua vece la respirazione bronchiale, e questo punto cor-

risponde alla radice dei bronchi fra il margine scapolo-vertebrale, e nello spazio sottoascellare precisamente ove la percussione segnava un suono muto con resistenza al dito. Al disotto della radice dei bronchi la respirazione bronchiale va diminuendo di intensità, sicchè più non si sente mano mano si discende verso la base del petto.

Questa respirazione bronchiale non rilevasi mai all' avanti, criterio che il medico deve molto apprezzare, e farlo accorto dell' esistenza di un altro processo morboso, massimamente della tubercolosi, ogni qualvolta gli venga fatto di sentirlo.

La respirazione bronchiale della effusione pleurica ha caratteri tutti suoi proprj: essa si esprime con un soffio dolce, più forte nella espirazione che nella ispirazione, e più prolungato. Non rade volte, anzi nella maggior parte dei casi, tale respirazione rassomiglia assai a quel rumore che risulta dal soffiare dolcemente in una cannula metallica. Io non posso comprendere come *Hirtz* abbia potuto affermare, che la respirazione bronchica della effusione pleuritica sia più energica di quella dell'epatizzazione polmonare.

Anco la voce ascoltata laddove la respirazione è bronchiale viene trasmessa all' orecchio con forza, mentre è nulla, è sentita solo a guisa di eco lontano, ove il rumore respiratorio, e la sonorità sono affatto negativi.

Ma oltre la broncofonia un' altra espressione acustica trasmettesi all' orecchio dell' ascoltatore, e si è l'*egofonia*. Questo fenomeno fonico venne da alcuni considerato una modificazione della stessa broncofonia, e da altri negato. Ma esso e a torto viene impugnato, nè deve essere confuso colla broncofonia; solo è a concedersi legato a certe condizioni, le quali influiscono sulla sua esistenza, e lo modificano nella sua manifestazione.

Le condizioni favorevoli alla sua piena espressione sono le seguenti: 1.° le pareti toraciche devono essere tenui, non edematizzate; 2.° il liquido interposto fra il polmone e la pleura costale in poca quantità; 3.° le pseudo-membrane che si frappongono fra il costato ed il polmone non tanto ingrossate e consistenti; 4.° la voce del malato deve essere a timbro acuto, per cui è l' egofonia più sensibile nelle femmine e nei fanciulli.

Ove cessa la sonorità e comincia la mutezza, è il luogo ove manca quasi mai l' egofonia, la quale se può essere sentita in tutte le parti del petto al livello circa del liquido, rilevasi sempre più chiara, ove le coste formano il loro angolo, ossia nella linea laterale esterna. (1)

Gli scrittori delle effusioni pleuriche citano fra segni diagnostici la fluttuazione del liquido sentita fra gli spazi intercostali attraverso le pareti musco-

(1) Notiamo, per certo incauto desiderio d'attingere alla maggior possibile chiarezza e precisione di linguaggio, che l'ango[illegible] coste non si formano sulla loro linea laterale esterna, ma fra i quattro punti anteriori ed il punto posteriore della loro lunghezza —

lari. Io ho tentato molte volte di assicurarmi del valore di questo segno, e sebbene siami sembrato di sentire in un caso il liquido effuso, nol potrei tuttavia asserire con vera sicurezza.

Non parlo in questo luogo della succussione ippocratica, la quale non può divenire mezzo di diagnosi, che nel caso che unitamente al liquido siavi presenza di gas.

I segni fin qui annunciati bastano essi soli ad assicurare il medico della presenza di un liquido nel cavo toracico; ma come abbiamo già detto altrove questo esudato comprime non solo il polmone, ma sposta gli altri visceri del petto, e quelli dell' addome.

Il polmone ora viene spinto in alto, ed in avanti contro la parete anteriore del torace, e questa è la posizione più frequente e naturale; ora è compresso contro la colonna vertebrale; ora all' indietro nella scanellatura costale parallela alla colonna vertebrale; ora in alto nella volta clavicolo-scapolare. È ben chiaro che si intende parlare del polmone scevro da aderenze, poichè, quando queste esistono, le posizioni del polmone sono determinate dalle medesime.

Fra le varie posizioni ammettono alcuni la prima come la più favorevole per la guarigione della malattia, ed io pure ne convengo dietro ripetute

esperienze, sebbene assegnar non ne sappia la ragione.

Il polmone compresso riducesi talora ad un volume sorprendentemente piccolo, tale da scambiarlo per una densa pseudo-membrana. Ne per verità fa meraviglia, se i nostri antichi incontrandosi nelle sezioni di tal natura ritenessero fuso il polmone nella materia purulenta, che trovavano nel cavo toracico.

Sebbene però il polmone sia stato compresso, se non è investito da forti pseudomembrane, è ancora suscettibile di nuova dilatazione, quando coi soccorsi dell' arte venga il liquido assorbito, il che provano il fatto pratico, e lo dimostrano nei casi infelici le stesse sezioni.

Quando l' effusione avviene alla sinistra, il cuore è spostato a destra in guisa di sentirlo tutto sotto lo sterno, ed anche al disotto delle cartilagini delle coste destre. Il medico si assicura di ciò colla mano, colla percussione, e colla ascoltazione. È buon precetto nella esplorazione del cuore ricercar sempre dapprima il punto, ove esso colla sua punta percuote il costato, per seguire poi l' esame col soccorso degli altri mezzi. Ora nel caso di effusione l' impulso dell' apice del cuore più non ritrovasi fra la 5.ª e 6.ª costa al luogo solito, ma sotto, od al di là dello sterno. La percussione dello sterno resa

oscura, muta, mentre nello stato sano è sonora, verrà all' appoggio del nostro giudizio.

Lo spostamento del cuore è uno dei criterj più importanti nelle effusioni del lato sinistro, ed io ebbi degli ammalati che avvertivano essi stessi sentirsi battere il cuore al di là del luogo ordinario. Anche una effusione a destra può influire, se è grave, sulla posizione del cuore spingendolo più del naturale a sinistra. Può pure avvenire che in alcuni casi venga il cuore sospinto all' avanti contro le pareti toraciche, o compresso all' indietro contro il dorso. Nel primo caso i suoni del cuore saranno più chiari, ed energico l' impulso; nel secondo oscuri, e più sensibile l' urto verso la regione dorsale.

L' abbassamento del diaframma è totale, od unilaterale. Nel primo caso l' effusione è doppia; nel secondo del destro, o del sinistro lato.

La volta diaframmatica per il versamento avvenuto nel cavo toracico viene a poco a poco appianata, sino a farsi protrudente nel cavo addominale, e rappresentare una posizione anatomica opposta alla normale. È cosa sorprendente per altro, come da tale compressione esercitata sul diaframma tanto alla lunga non insorga alcuna violenta contrazione esprimentesi sotto la forma di singhiozzo, e che questo sintoma sia tanto raro nei pleuritici.

Nell'abbassarsi del tramezzo addominale nel caso di effusione a destra, anco il fegato viene sospinto in basso più o meno a norma della copia del versamento. Nella effusione sinistra osservasi l'abbassamento dello stomaco, e talor anco della milza, ma siccome la destra metà del diaframma è più alta della sinistra, così questa meno di quella influisce sull'abbassamento di quei due visceri, e specialmente della milza. Il fatto pratico infatti prova, che ben di rado la percussione indica lo spostamento della milza, per cui ben disse *Laennec*, che acciò sia il suo spostamento sensibile alla mano, d'uopo è che siffatto organo sia più voluminoso, che nello stato normale.

Tutte queste ectopie dei visceri sunnominati, e delle varie parti componenti il cono toracico raggiungono il maggior grado possibile quanto più aumenta la quantità del liquido effuso, e in questo caso l'ammalato diviene soggetto di segni e sintomi più eminenti, più funesti. Esso non può più decombere supino, e siede sul letto a guisa di un cardiaco col tronco piegato all'avanti: il suo volto si fa più pallido, edematoso: l'affanno di respiro è inesprimibile, il parlare interrotto, sotto ogni più lieve movimento havvi minaccia di soffocazione: il lato affetto è affatto immobile, l'ipocondrio teso, dolente, la respirazione addominale: la

tosse continua con escreati mucoso-spumosi: il cuore irregolare nel ritmo delle sue battute, poichè l'impermeabilità del sistema capillare del polmone apporta la dilatazione del cuor destro, l' impulso forte. Avvi non di rado nelle sinistre effusioni il vomito, nelle destre il colore subiterico : l' estremità toracica corrispondente al lato affetto edematosa, le addominali entrambe infiltrate di siero. I sogni sono spaventosi: pare all' ammalato di precipitare da un monte, di venire affogato nelle acque, per cui destasi fra la massima agitazione, e con esacerbazione dell' affanno, che minaccia ad ogni istante la sua vita. E fuori anco della circostanza dei sogni di tal natura, se cercasi di svegliare l' individuo usando pure le maggiori cautele, esso destasi sempre dal suo sonno esterrefatto. Non è raro osservare anco l' epistassi, il delirio, od il sopore per le conseguenti stasi cerebrali. Fra queste pene, la cui durata non si può assegnare, l'ammalato chiude la sua scena, quando altre successioni morbose non prolunghino ancora i di lui patimenti, e lo conducano ad un lento deperimento.

Per buona ventura però il più delle volte avviene, che in seguito ad un conveniente trattamento terapeutico il liquido effuso nella pleura si assorba, ed il polmone stato compresso torni ad espandersi e riprendere il suo posto.

In questo augurato caso il primo segno che annuncia la diminuzione del liquido, ossia il suo assorbimento non è sempre il ritorno alla sonorità di quelle parti, che offrivano dapprima alla percussione un suono assai muto, ma sibbene un altro, che non trovo distinto da alcuno, ma che ogni medico lo può rilevare, che esperto sia nell' ascoltare, e tenga dietro con attento orecchio alle più lievi variazioni di suono della respirazione. Quel soffio che a grave effusione sentivasi così distinto, e raccolto nell' atto in ispecie della espirazione, nell' esito di risoluzione, diviene più dolce, più espanso, perde di quella espressione cannulata, di quel suono metallico che prima sì chiaramente lo contrassegnava.

Io rassomiglierei questo cambiamento di soffio a quello, che tante volte ho riscontrato negli individui affetti da tisi polmonale. Accade soventi, che applicando l' orecchio sulla regione sovrascapolare di un tubercoloso, quando i tubercoli sono ancora crudi, sentasi una respirazione affatto tracheale da dubitare al primo pensiero di una dilatazione bronchíca: mano mano, che l'ammalato progredisce nel corso del suo male, avvenuto l' ammollimento dei tubercoli, quella respirazione così aspra assume un carattere dolce. Così è nella effusione pleurica in via di risoluzione, ove per condizioni di minore

pressione esercitata dal liquido sul polmone, il fenomeno acustico che la accompagna, quale prodotto di avvenuta diminuzione del medesimo liquido, sta nella maggiore dolcezza del rumore respiratorio.

Questo segno avverte il medico della diminuzione del liquido più che ne lo assicuri, come vedremo, la percussione. Alla dolcezza del soffio si aggiunge di giorno in giorno lo svolgimento sotto le profonde ispirazioni, e sul finire di esse di un rantolo crepitante, il quale nè è tanto secco da confonderlo col pneumonico, nè così umido da crederlo un rantolo mucoso, rantolo specifico dovuto all' aria, che di bel nuovo penetra e distende vescicole state compresse. *Tessier* fu il primo che parlò di questo crepitío della pleurite (*Gaz. des hôp.*, 27 maggio 1843), e *Damoiseau* (*Recherch cliniq. etc.*, *oct.* 1843; *Arch. gén. de méd.*) diede sviluppo maggiore a tale segno, che esso dimanda *avant-correur* dell' ultimo soffregamento pleurale. Questo autore vorrebbe far dipendere tale crepitío pleurico dallo stropicciamento delle pseudo-membrane depositate sulla pleura, quindi da ritenersi come una modificazione del rumore ascendente e discendente, nel quale esso poi finisce. Essendo per altro il crepitío, come osservasi in altri casi, più proprio delle vescicole polmonari che della pleura,

la quale al pari del pericardio esterna i suoi segni fisici con rumori di soffregamento contro le opposte pareti, parmi che debbasi riferire la sua sede alle vescicole istesse del polmone, anzichè alle pseudo-membrane. Altronde questo crepitio non è così superficiale come il rumore ascendente e discendente per avere una spiegazione nella stessa causa: dirò anzi essere più lontano in guisa, che alcuni clinici, come asserisce lo stesso *Damoiseau*, d'altronde assai abituati nella ascoltazione, lo confusero con una pneumonite circoscritta.

Al soffio reso più dolce, più diffuso, alla crepitazione pleurica circumambiente, indizj di avvenuta diminuzione del liquido effuso, si accoppia nei casi felici e di progressivo assorbimento un altro segno, il quale, se non è sempre costante, ben si può dire le rare volte manchevole. È questo *il rumore ascendente* e *discendente*.

Il medico, che ascolta ogni giorno, e più volte al giorno il proprio ammalato, se tutta pone la necessaria diligenza nell'esame acustico, sa cogliere nel suo nascere, ed annunciare la comparsa di questo rumore. Esplorando la parete anteriore del lato affetto fra la terza e quarta costa in ispecie, sente sul finire della ispirazione, e sul cominciare della espirazione, ovver anche sul principiare dell'atto ispiratorio un lievissimo urto, che si eseguisce a

salto, e dubitando quasi non sia un giuoco degli indumenti, o di una respirazione fatta a riprese, lo mette in avvertenza sulla possibilità di un errore nel suo giudizio. Ma astrazion facendo d'ogni possibile inganno, e riapplicando l'orecchio, quel lievissimo urto si conferma, ed è infatti l'elemento primo, direi così, del suddetto rumore, che successivamente si fa più palese e certo.

Il rumore ascendente e discendente viene così chiamato, perchè odesi e nella ispirazione e nella espirazione; nella prima quando entrando l'aria per le vie aeree il costato si innalza, e il polmone espandendosi si abbassa; nella seconda quando l'aria dissogenata, di nuovo abbassandosi le coste, viene fuori emessa dal polmone, che ritorna allo stato di concidenza e si eleva. Sebbene tal rumore si possa sentire in ambi gli atti della respirazione, è però più frequente l'ascoltarlo nella fine della ispirazione, e il suo suono è più chiaro e spiccato in questo atto, che nella espirazione. Parmi che e la maggiore frequenza del rumore sotto l'ispirazione ed il suo carattere più sonoro debbasi attribuire al rappresentare l'ispirazione un movimento attivo del polmone, l'espirazione un'azione affatto passiva. E di ciò ne abbiamo una prova nelle bronchiti capillari, ove osservasi soventi prolungarsi oltre misura i sibili

nell'atto della espirazione per la lenta concidenza del polmone

Si esprime il rumore ascendente e discendente con tre a cinque e più scosse successive, che sentonsi sotto all'orecchio, le quali molto bene imitare si ponno applicando la mano sinistra sull' orecchio corrispondente, otturando col dito pollice fortemente il meato uditorio, e passando un po' aspramente coll' indice della destra sulle estremità delle ossa del metacarpo, che si articolano colla prima falange delle dita.

Quanto al luogo ove sentesi tal rumore, in generale è dalla terza costa in basso nella parte anteriore del petto. Non è raro però, ed io l' ebbi varie volte a sentire nella regione dorsale, e nella sottoascellare. È necessario por mente, che il rumore in discorso può mancare in una respirazione ordinaria, e farsi sentire soltanto in una grande distensione del polmone. Non è solo l' orecchio dell'ascoltatore che rileva questo segno, sibben' anco la mano applicata francamente sul petto, e l' ammalato istesso lo percepisce alcuni giorni dopo il suo sviluppo, accusando sentire un rantolo, che va in su e in giù.

Questo rumore non è esclusivo alla sola pleurite con effusione, esso sentesi anco nella pleurite secca, il che bene è manifesto identici essendo i prodotti della flogosi, e le cause che danno luogo a

questo fenomeno, le pseudomembrane. Ma havvi però fra di loro una differenza, e si è che in quella il suddetto rumore esternasi, quando la malattia piega a miglioramento, e quindi è di fausto augurio: in questa esprimesi nell' acutezza del suo decorso, e pronuncia gravi disordini avvenuti sulla pleura.

Quanto alla durata di questo rumore non si può assegnare un limite preciso. Ebbi degli esempj nei quali l' ho sentito da due alle quattro settimane. Grado grado però che l'ammalato va guadagnando nella salute, il rumore a poco a poco si raddolcisce sempre nel suo timbro sino a svanire affatto.

Dissi più sopra, che il rumore ascendente e discendente è segno di fausto augurio; ma non devo tacere che in qualche caso il medico rileva anteriormente un siffatto rumore, quantunque dai segni fisici sia assicurato esistere tuttavia un sacco empiematico resistente ad ogni mezzo di cura nella parte dorsale inferiore. Egli è perciò che devesi andar cauto nel giudizio di un felice prognostico al comparire del rumore in discorso, ed allora solo si potrà annunziare quale segno di ritorno alla salute, quando al soffio più dolce sentito nella parte dorsale siegua la diffusa crepitazione verso la base del polmone.

Ma se i segni razionali indicano un miglioramento del malato, se la presenza dei sucitati segni

fisici assicurano il medico dell' incominciato, e progressivo assorbimento, se il rumore respiratorio vescicolare, quantunque più debole che nell'opposto lato, conferma la totale scomparsa del liquido, la percussione all' opposto degli altri criterj non concorre ad aggiungervi il proprio peso.

Se si percuote la regione dorsale in ispecie, dall'estremità inferiore della scapola in basso, havvi ancora la stessa mutezza, che durante il primo periodo della malattia, e ciò talora pure avviene, sebbene assai più di rado, anco nello spazio sottoclavicolare. La prima sonorità non ritorna in generale, che dopo il lasso di due mesi, ed anche più. Ciò dipende dalle pseudomembrane, dai fiocchi albuminosi, che cadono in ispecie nella parte posteriore inferiore del cavo toracico più che altrove per la supina posizione del malato, si cristallizzano sulla pleura, rendono lo strato più denso, e sino a che il tempo da soffici, e molli resi non li ha più coerenti, membraniformi fanno sì, che siano di obice alle sonore oscillazioni, che eccitar tenta la plessimetria.

Ai segni indicanti l' avvenuto assorbimento aggiunger devesi il ritorno del cuore e dei visceri sottodiaframmatici alla loro posizione, del che il medico se ne potrà assicurare valendosi di quelli stessi mezzi col soccorso dei quali avvisò il loro spostamento.

Se si osserva la forma del lato stato ammalato, rilevasi, che alla dilatazione sostenuta nel corso del male per l' effuso liquido succede un restringimento, il quale è assai sensibile posto di confronto uno coll' altro lato.

La curvatura dorsale si appiana, e sfugge quasi all' occhio, osservata appena sotto l' omoplata nella parte che volge verso il lato sottoascellare: la parte superiore omerale, e la scapola si abbassano: il capezzolo non è più in linea retta coll' opposto, ma sensibilmente più basso, gli spazj intercostali sono più ravvicinati, i muscoli tenui, atrofiati. Quando l' ammalato respira, il lato stato affetto si dilata assai meno del sano, e sorprende l' occhio dell'osservatore la notabile differenza di espansione, e l'essere quasi quello stirato in su da quest' ultimo: il rumore respiratorio è più debole, mentre dall' opposta parte la respirazione è esagerata per l' ufficio vicario sostenuto in tutto il corso del male.

Molte opinioni si sono sostenute sulle cagioni del ristringimento del petto. Parendomi nessuna di esse plausibile, rimetto il lettore a quanto scrissero *Laennec*, *Delpech*, *Oulmont* e *Gendrin*.

Col progresso del tempo però, quando il polmone sia libero da ogni aderenza, come si restituisce la prima sonorità, così in generale torna il lato a riprendere le prime dimensioni. Dissi in ge-

nerale, poichè contro l'opinione recente di *Chomel*, ciò non sempre avviene, ed io avrò sempre sott'occhio l'esempio di una grave pleurite destra sostenuta da un sacerdote, nel quale il lato conservasi tuttora ristretto in guisa d'avere impartito una curva alla stessa spina e reso il tronco lievemente piegato a destra.

Anco a compiuta guarigione gli ammalati accusano per molto tempo un senso di debolezza, come essi si esprimono, nel lato stato ammalato: pare loro di non poter compiere bene da quella parte la respirazione, fenomeni tutti che col progresso del tempo vanno dileguandosi affatto.

Fin qui io ho descritto il decorso della pleurite con effusione liquida da un sol lato, e di regolare andamento; ho delineato la pleurite non accompagnata da complicazioni. Sebbene sia tale in generale l'andamento della medesima; pure o per cagioni assai violente, o per mala costituzione dell'individuo, o per trascuranza della malattia istessa, sia dal lato del paziente, che del medico, la pleurite viene ad essere oggetto di maggiori cure. Io andrò tracciando quei gravi casi che ho scontrato nella mia pratica, aggiungendo mano mano le storie di essi, quali prove testimoniali delle verità che vado esponendo.

Appena si può concepire una pleurite doppia,

alla quale conseguiti d' ambi i lati una effusione: l'ammalato è posto nel più alto pericolo di vita, e se un attivissimo metodo di cura non giugne a prevenire la totale compressione dei polmoni, forza è che muoja asfittico in breve tempo. Questi casi sono per buona ventura assai rari, e gli esempj di doppia effusione sono piuttosto riferibili ad altre cagioni, in ispecie alle viziature cardiache, alla scarlatina, ecc., che non formano oggetto di mie ricerche.

Ciò che rende complicata la pleuritide, e pone l' individuo nella grave difficoltà e talor anco nella impossibilità di risanarsi si è la formazione delle pseudomembrane, ossia le così dette da *Delpech* pseudopleure. Queste sono per verità di grande interesse, e rendono assai dubbio il prognostico.

Queste pseudomembrane, le quali possono presumersi esistere dalla locale immutabilità dei segni fisici, dalla nessuna utilità tratta dai mezzi di cura, dal progressivo deperimento dell' individuo, si oppongono alla guarigione in due guise. O perchè investono ed imbrigliano il polmone in guisa, che esso non più riesce a dispiegarsi, o perchè conformate a guisa di sacco chiudono nel loro seno il proprio prodotto, divenute organi secernenti lo mantengono perenne, occupando uno spazio più o meno esteso a danno del viscere del respiro. Addurrò un esempio del primo modo.

N. N., N.° 35, ragioniere, d'anni 32 di alta statura, capelli biondi, cute terrea, denti belli, di temperamento sanguigno-nervoso. Ebbe una sorella che morì di tisi polmonale. Accusa fra le malattie antecedenti una emorragia polmonare sofferta nell'anno ventesimo che ripetè tre volte nel giro di quattro mesi. Avvenne la guarigione senza male conseguenze.

Da un mese e mezzo si sentiva affannato nella respirazione, per cui si fece spontaneamente salassare. Venti giorni dopo venne attaccato da un dolore verso la sesta e settima costa del destro lato con tosse secca. Consultò un medico, il quale giudicò trattarsi di emormesi epatica, e gli consigliò le sanguisughe all'ano. Ma il dolore si estese verso la mammella, crebbe l'affanno, vi si aggiunse la febbre, e venne ricevuto nello spedale il 27 novembre dello scorso anno.

Faccia pallida, capo libero, lingua coperta di bianco muco alla base, e lievemente rossa ai margini: respirazione frequente, tosse secca, ansietà nel parlare.

Perfetta ottusità di suono dalla clavicola in basso, e dalla fossa suspinosa sino alla base del polmone nel destro lato. Nessun fremito della voce. Dilatazione assai sensibile di tutto il lato, prominenza dei muscoli intercostali, sporgenza distintissima del

destro ipocondrio: immobilità di tutto questo lato sotto la respirazione.

Applicando l'orecchio nella parte clavicolare cadono tosto sotto di esso i suoni del cuore, e non si percepisce che un soffio bronchiale dolce: più abbasso nessun mormorio vescicolare, non trasmissione di voce: nella regione dorsale non rilevasi che un soffio dolce alla radice dei bronchi.

Nel sinistro lato la percussione è normale, il rumore respiratorio esagerato. Il cuore è spostato più in là del normale verso il sinistro lato: il fegato abbassato notevolmente. -- L' ammalato non può decombere che supino, o boccone. Avvi febbre con polsi stretti, duri: la cute è secca: la tosse seguìta da nessun sputo: le orine scarse. Si pratica un salasso di on. x, e il sangue estratto è assai cotennoso.

Nei giorni 28, 29 e 30 si rinnova altre quattro volte la sanguigna, e i segni fisici danno lo stesso risultato: i rimedj interni furono le polveri di cremore tartaro e nitro a dosi epicratiche.

Nel 2 dicembre dopo altri due salassi sentesi nella fossa soura e infraspinosa una lieve crepitazione pleurica, e il soffio rendesi più dolce: la percussione in quel luogo è meno muta. Avvi bronco-egofonia. La febbre è più mite, le orine fluiscono in maggior copia: il decubito eguale.

Nel 5 dopo due altri salassi, ed una generosa sanguettazione alla regione dorsale si riconosce il ritorno della sonorità anteriore sino alla terza costa e posteriormente sino alla metà della scapola, ove si ascolta la respirazione polmonale mista a qualche rantolo sonoro. Infuso di digitale: applicazione di un largo vescicante verso la base del polmone al dorso.

Dal 6 al 12 nessun cambiamento ad eccezione del decubito, che, a differenza di ciò che osservasi negli altri ammalati, è concesso sul lato sinistro. All'infuso di digitale che aveva eccitato il vomito si surrogò una emulsione nitrata.

Dal 13 al 20, stante lo stesso stato di mutezza alla percussione, rilevasi perduto quel lieve guadagno nella espansione polmonare alla parte dorsale.

Dal 21 al 24 nulla di nuovo. Nel 25 muore di un tratto.

*Sezione.* Nella destra cavità del petto eravi raccolta una grande quantità di liquido giallognolo in cui nuotava una miriade di fiocchetti di linfa concrescibile. Il polmone era applicato e compresso contro la colonna vertebrale avviluppato da una fitta pseudomembrana dello spessore della sclerotica. L' insufflazione era inetta a produrre nel parenchima polmonare la più lieve espansione. Tutta la pleura costale era vestita di una pseudo-membrana

dello spessore di due e più linee, compatta, la cui superficie levigata libera era tutta marmorizzata di rossi punti, quasi vasellini beanti. Il polmone compresso era affatto sano nel suo parenchima, nè vi si trovò traccia alcuna di tubercolosi. Il sinistro polmone non offriva che un ingorgo sanguigno nella sua parte declive. Il cuore destro era lievemente dilatato.

N. N., d'anni 32, venne allo spedale accusando essere malato da quindici giorni, nei quali nulla oppose al suo male. Incominciò la malattia con vaghi dolori al costato sinistro, tosse secca, respiro accelerato e febbre.

L'ammalato giaceva supino, e col corpo un po' elevato, poichè decombendo orizzontale diceva sentirsi più affannato, e gli si moveva più aspra la tosse. Il suo volto era pallido, lievemente edematoso: il respiro accelerato, il parlare affannoso, la tosse continua, non seguíta da sputi, o da sputi puramente salivari. Il decubito sul lato sinistro era impedito, gli si esacerbava di più la tosse, cresceva l'affanno di respiro. Colla percussione il lato sinistro era muto tanto anteriormente che posteriormente, non eravi egofonia, nè pettoriloquia. Al lato destro sentivasi il suono chiaro.

L'ascoltazione era nulla al lato sinistro: nel destro polmone superiormente sentivasi un rantolo

crepitante; inferiormente non era che aumentato il rumore respiratorio vescicolare. Lieve edema della parete esterna cellulare del torace; tensione addominale: cute secca, polsi duri, vibrati: scarsezza di orine. Il cuore aveva un forte impulso: l'estensione del suo ambito normale. Misurato il sinistro lato, cresceva di linee 6 sopra il destro, e l'ipocondrio sinistro era assai prominente.

*Diagnosi.* Pleurite acutissima: effusione sierosa nel lato sinistro.

Si adoperò il metodo di cura antiflogistico il più attivo. Ma l'affanno cresceva, il malato sedeva sul letto, poichè giacendo supino sentivasi soffocare: la tosse fu sempre o secca, o seguíta da pochi sputi salivari, mai da catarro: la edemazia del volto, del petto, delle braccia aumentava, così delle pareti addominali: vi si aggiunse un molesto vomito. Ottusità permanente di suono a sinistra: nessun rumore, nessun fremito fonico: a destra rantolo mucoso, respirazione infine quasi bronchiale: il cuore dava un impulso sordo. Morte quasi istantanea.

*Sezione:* Aperto il torace, nella sinistra cavità del petto si trovò la pleura costale dello spessore di due linee per una sovraposizione di pseudomembrane assai fitte, quasi cartilaginee, di rosso colore. Anco la pleura polmonale sinistra era vestita di un denso strato pseudo-membranoso di colore rosso, che si

staccava facilmente dal polmone: nella cavità suddetta eravi effuso una copia grande di siero, e il polmone trovavasi ridotto ad una focaccia, schiacciato contro il mediastino; lo spessore di ambo i lobi non era di linee sei e il polmone rassomigliava ad una milza. La pleura polmonale così addensata gli serviva come di veste che lo conteneva nella sua acquistata capacità: dal lato destro aderiva al pericardio per fitto tessuto cellulare, e il pericardio dal lato del polmone sinistro per trasudamenti pseudomembranosi era tutto ingrossato a guisa della pleura applicata alle coste. Fra la pleura costale e la polmonale, osservavansi partire delle tele aracnoidee che formavano delle recenti aderenze.

Levata la pleura polmonale che teneva stretto il polmone sinistro in sì poco volume, ed osservata la tessitura si trovarono le sue cellule così stipate che non davano luogo più ad aria, non crepitava: stirandolo prendeva una maggiore distensione, e il tessuto era sano.

Il polmone destro nel lobo superiore era un po' ingorgato di siero, ma premendo colla mano uscivano col siero molte bollicine aeree: il medio, e l'ultimo lobo eran crepitanti, di colore normale: posteriormente occupati da iperemia cadaverica. Nessuna aderenza, nè effusione.

Cuore sano; effusione di siero nel pericardio più del normale: ventricolo destro ripieno di sangue nero a grossi coaguli: vene giugulari assai turgide, e così pure tutte le diramazioni venose.

Effusione nel basso ventre: stato normale delle ghiandole dell' omento, e mesenterio.

Un esempio del secondo modo è il seguente:

N. N., fornaciajo, d'anni 28, di sana costituzione fisica, lamentava da quindici giorni un dolore alla regione sottomammellare destra, che trascurò perchè non seguìto da febbre. Dopo sei giorni venne alla sera sorpreso da febbre a freddo, il dolore si diffuse alla parte sottoascellare corrispondente, si aggiunse affanno di respiro, e tosse secca. Chiese soccorso al medico. Gli furono praticate tre sanguigne, e scemato per esse il dolore, temperata la febbre, e reso meno difficile il respiro venne giudicato in via di guarigione. Frattanto di giorno in giorno rendevasi al paziente difficoltosa la respirazione, tratto tratto la tosse lo molestava senza escreati, e non poteva che decombere supino. In questo stato di cose entrò nell' ospedale il 9 novembre scorso.

La sua fisionomia era pallida, la lingua lievemente rossa: appetenza sana, tosse secca, affanno nel parlare decubito supino. Colla ispezione rilevasi il destro lato assai più dilatato del sinistro

massime alla base del cono toracico: gli spazj intercostali allontanati: quasi immobile il lato negli alterni moti della respirazione: nessun fremito fonico percepisce la palma della mano applicata alla parte inferiore dorsale destra.

*Percussione.* Anteriormente a destra, dalla regione clavicolare sino alla quarta costa suono più chiaro del normale, in basso assai muto. Posteriormente nello spazio scapolare sonorità appena al disotto del normale: oltre il margine inferiore della scapola mutezza con somma resistenza al dito. Il fegato oltrepassa il suo naturale livello. A sinistra stato normale.

*Ascoltazione.* Nella parte anteriore destra rumore respiratorio debole sino al punto della mutezza di suono: lo stesso nella parte scapolare, ove discendendo sentivasi un soffio bronchiale dolce, lontano, metallico e perfetta negazione di rumore vescicolare. Al punto di transizione del suono chiaro al muto eravi egofonia, la quale più sensibile ascoltavasi verso la linea sottoascellare.

Il sinistro polmone presenta l' espirazione, che supera l' ispirazione nel lobo suo superiore con debolezza del rumore respiratorio vescicolare.

L' ammalato non accusa più alcun dolore, la tosse, che si sveglia specialmente sotto le profonde ispirazioni, è secca: il decubito è supino, impedito ai lati: avvi febbre con polsi stretti, duri.

Per non annojare il lettore con un lungo diario dirò, che in seguito ad un attivo metodo antiflogistico si arrivò dopo 24 giorni a percepire nella parte anteriore il rumore ascendente, quale indizio di espansione vescicolare, ma tuttavia la mutezza segnata nella regione dorsale, la dilatazione del lato, la respirazione affatto negativa estesa nella stessa linea alla parte sottoascellare bassa, e anteriore inferiore persistevano sempre eguali. Dopo otto giorni il rumore ascendente scomparve affatto, svegliaronsi sotto un maggiore movimento febbrile dei dolori vaghi alla parte sinistra, e s' ebbero i segni fisici di lieve effusione anco da questo lato. Si tornò alle sanguigne, e la flogosi col suo prodotto venne rimossa. Correva già il terzo mese di decubito, ed alla pertinace condizione dell' esito si univano i sintomi di graduato deperimento. Alla proposta toracentesi costantemente rifiutata dal paziente si surrogò l' applicazione della potassa caustica. Ma alla febbre continua con esacerbazioni vespertine tenne presso un generale infiltramento sieroso del tessuto cellulare, un affanno sempre crescente di respiro, infine la morte.

*Sezione.* Aperta la cavità del petto si osservò il destro polmone spinto all' alto, e sotto di esso un sacco pseudo-membranoso assai denso, capace di due libbre di liquido, il quale sacco aderiva alla base

del polmone, al costato, ed alla volta diaframmatica. Liberato dalle aderenze ed estratto, rassomigliava ad una larga borsa di pelle. Il liquido che conteneva era sieroso, di color paglierino; di pseudo-membrane era pure vestita tutta la pleura costale superiore. Il polmone, ridotto alla metà circa del suo volume, era nel suo parenchima disseminato di tubercoli miliari, splenizzato, per nulla crepitante. Sulla sua pleura eranvi pure strati membraniformi di varia densità e consistenza, screziati di vasellini a forma dendritica.

Il sinistro polmone era nel lobo suo superiore in ispecie ripieno di granulazioni miliari tubercolose, dure.

N. N., domestico, d'anni 40, di robusta costituzione fisica, che non ebbe malattie antecedenti di rilievo, venne da dieci giorni sorpreso da vaghi dolori al lato destro del petto, prima nell'ipocondrio, poi verso la quarta costa, indi sotto l'ascella ed alla scapola corrispondente. Nulla mai oppose al suo male, e frattanto gli si affannava il respiro per cui venne ricoverato nello Spedale il 15 maggio 1844 con tale ansietà, che sembrava minacciato da soffocazione.

Il suo volto era pallido: lo stato delle vie digerenti nulla presentava di rilevante: sommo affanno, tosse secca: decubito supino, impedito sul

lato sinistro: accusava un gran dolore all' ipocondrio destro, il quale offriva una sorprendente dilatazione con abbassamento assai sensibile del fegato. Nella sola parte sottoclavicolare destra il suono era chiaro sino alla terza costa; del resto sì anteriormente, che posteriormente affatto muto. La ottusità di suono oltrepassava i limiti del destro lato, e si estendeva oltre lo sterno a sinistra con ispostamento del cuore verso questo lato. A sinistra la percussione dava un suono un po'al disotto del normale.

Colla ascoltazione non rilevavasi a destra che un lieve rumore crepitante nello spazio sottoclavicolare: del resto nessuna respirazione vescicolare, nessun soffio bronchiale, non egofonia, non fremito fonico sotto la mano. A sinistra respirazione esagerata con rantoli sonori, mucosi.

Malgrado l'attività di cura opposta a tanto patimento nessun sollievo mai si ritrasse, e i segni fisici sempre costanti toglievano ogni lusinga al repristinamento della salute. La morte infatti avvenne dopo dieci giorni di dimora nello spedale.

*Sezione.* Prima di aprire il petto si fece la toracentesi, e fluirono dal destro lato più di quattro libbre di un liquido sieroso giallo misto a fiocchi di linfa concrescibile. Aperto poscia il torace si vide il destro polmone ridotto ad un volume minore di un pugno, e tutto fortemente aderente, dalla volta

clavicolare sino alla terza costa, alla parete anteriore del petto. Tutta la pleura costale era vestita da dense pseudomembrane inverniciate di fiocchi di linfa concrescibile, le quali passando sul polmone compresso, e intonacandolo in tutti i sensi davano luogo ad un sacco assai esteso, che aveva per confine le pareti costali, mediastiniche diaframmatiche, e il polmone compresso. Nell' atto che si staccava a malapena questo sacco pseudopleurico dal costato, si trovarono sottoposti qua e là varj ascessetti ripieni di bianco pus, che rendevano lievemente prominente nel cavo toracico lo strato pseudomembranoso. Il polmone compresso non si prestava alla espansione sotto l' insufflazione, e nel suo tessuto parenchimatoso era sano.

Il sinistro polmone presentava i bronchj assai arrossati: il lobo inferiore splenizzato, e nessuna tubercolizzazione.

Addotti questi esempj per mostrare quanta influenza abbiano le pseudo-membrane sul futuro evento della pleurite, passo alla sua eziologia.

Molte sono le cause che possono dare sviluppo alla pleurite. Le vicende di temperatura sono quelle che in generale sogliono accusare gli ammalati, e che realmente devonsi avere per cagioni più valevoli a suscitare l' infiammazione di una membrana sierosa, ed anco più frequenti ad osser-

varsi. Ma tali alternative di temperatura non eserciterebbero tanto impero nel produrre questa malattia, se non preesistesse in molti individui una mala disposizione, che forma una delle cause più comuni e più fatali della pleurite, e intorno alla quale è mio pensiero chiamare l' attenzione del medico. Voglio alludere alla tubercolosi.

Quanta influenza abbia la tubercolosi nell'accendere una flogosi nella pleura, noi lo vediamo in modo eminente nella tisi polmonale. Non appena la tubercolizzazione prepara il quadro della tisi, che le opposte pleure di uno, o di amendue i lobi superiori del polmone, invase da un lento processo flogistico, aderiscono fra di loro pel esudamento di pseudomembrane: a tubercolizzazione fusa, il paziente è soventi in preda a ricorrenti dolori pleurali, che si destano alla metà anteriore del petto in ispecie, e che siano veri patimenti di questa membrana lo addimostrano le sezioni nelle varie aderenze, corrispondenti appunto alle parti state dolenti. Questi fatti, che indicano quanto influisca la tubercolosi allo sviluppo della pleurite, ci conducono a riconoscere la sua importanza eziologica, e ad apprezzarla nella parte prognostica.

Dissi più sopra che questa causa è una delle più comuni e delle più fatali ad un tempo. Ed io posso asserire con verità dietro la mia pratica che

la maggior parte delle pleuriti con effusione liquida che piegano a mala fine devonsi a questa funesta complicazione. *Mohr* di venti casi che narra nel suo citato opuscolo, in quindici trovò esistere tubercoli nei polmoni.

Giova pertanto nell' esame di una pleurite determinar bene, se coesista una tubercolosi, ed a tale diagnosi ne condurrà la investigazione diligente dello stato di salute dei genitori, la ricerca delle malattie subite nell' infanzia e nell' età giovanile, spontanee, od acquisite, l' indagine dell'abito del corpo. In seguito si interroghi l'ammalato, se alla pleurite precedette una lunga bronchitite con facile abbassamento di voce, con proclività ai sudori notturni, con lievi emorragie: si passi ad investigare colla più accurata ascoltazione lo stato della respirazione nei lobi superiori dei polmoni, massime dell' opposto al lato affetto, rammentando sempre quanto in un coll' inverso timbro dei due moti respiratorj contribuiscano a dar gran peso al nostro giudizio la minore sonorità sotto la percussione, la debolezza del rumore respiratorio, la risonanza maggiore della voce senza essere accompagnata da vibratilità, e l' ascoltazione dei suoni del cuore a condizioni normali di questo viscere.

Sviluppatasi per l' influenza di qualsiasi cagione una pleurite, per quale maniera si potrà giugnere

a specificare la natura dell'esudamento? Si è detto più sopra che la pleurite produce un esudato liquido, o solido, e questo consistere nella generazione di pseudo-membrane, le quali si applicano sulle opposte pareti della pleura, e siccome nessun cambiamento apportano nel volume del viscere del respiro della sua aderenza in fuori; così agevole riuscire il pronunciare il diagnostico sulla natura del postumo. Non così se trattasi del versamento liquido, chè se è facile annunciare la di lui presenza nel cavo toracico per i segni statici già addotti, non è poi tanto agevole indicare di quale liquido si tratti.

Può l'esudamento essere sieroso (*hydrothorax*), sanguigno (*hemothorax*), purulento (*empyema, pyothorax*), può essere di aria (*pneumothorax*). Nessun segno speciale esiste per distinguere i primi versamenti, e interrogata l'ascoltazione non risponde che della presenza in generale di un liquido. Ma il medico non deve valersi di un sol mezzo di diagnosticare, nè tutta riporre in uno solo esclusivamente la sua fiducia, sibbene tutte correre le vie che lo conducono allo scopo. Egli è perciò che lasciata in questo argomento da parte la guida dell'ascoltazione, io mi studierò di indicare al medico, come possa, se non conoscere positivamente la natura dell'esito, dubitarne almeno con qualche fondamento.

Dietro la mia pratica ho quasi costantemente osservato, che una pleurite che incomincia con dolori vaghi, i quali sogliono manifestarsi agli ipocondrj per passare alla regione mammaria, alla sottoascellare ed alla dorsale, che dapprincipio non muove febbre, riconosce in generale l' esito di trasudamento sieroso. All' opposto ogni qualvolta l' ammalato è sorpreso da un subito, da un veementissimo dolore laterale, il quale non muta di sede, nè scema di intensità ad onta di un' attiva cura, che una febbre corrispondente al locale patimento lo accompagna, l'esito è quasi sempre di una pleurite purulenta, circoscritta. L' acutezza pertanto della pleurite a cui siegue l' empiema è maggiore assai di quella, alla quale tien presso l'effusione sierosa, nè soventi quell'esito può essere prevenuto dalla più sollecita cura.

Il modo di produzione dell' empiema è nel più dei casi ben differente da quello della effusione sierosa. Ogni qualvolta ebbi a ricercare nel cadavere l' esito di una grave pleurite in un empiema ho quasi sempre osservato la massa purulenta raccolta in un sacco pseudomembranoso, al quale servivano di appoggio e di parete la pleura diaframmatica, la mediastinica, la costale, e quella che investe la base del polmone. Di undici casi, in uno solo ho riscontrato la raccolta marciosa dal cavo sottocla-

vicolare sino alla quarta costa, e ad essa serviva di base la parte superiore del polmone compresso dall' alto al basso. Che se avviene qualche rara volta di trovare dei sacchi pseudomembranosi alla base del polmone ripieni di siero, come è il caso da me citato, si avrà sempre di che dubitarne dal diverso modo di invasione della pleurite.

Da ciò risulta, che nella effusione sierosa si osserverà a preferenza tutto il lato affetto eguabilmente dilatato, e nell' empiema la dilatazione sarà parziale, circoscritta. Nella effusione sierosa osservasi il periodo dell' egofonia, che mai riscontrasi nell' empiema, perchè vi mancano le condizioni alla sua produzione. Lo spostamento del cuore, e dei visceri sottodiaframmatici appare più presto nell'effusione sierosa, che nell' empiema, il quale, per la violenza della febbre che lo accompagna, tronca più presto i giorni del malato. Finalmente nell' empiema osservasi talvolta un tumore esterno, fluttuante, che segue i moti alterni della respirazione, ciò che mai avviene nella pleurite con effusione.

Come si possano poi distinguere le effusioni sierose dalle sanguigne, è assai arduo tentativo. Le effusioni di sangue nella pleura possono essere determinate da lesioni interne od esterne. Tralasciando di far parola di queste come spettanti alla chirurgia mi occuperò solo delle prime.

Il sangue può raccogliersi nelle pleure per una rottura di un' aneurisma, dietro una effusione apopletica nel parenchima polmonare, che laceri il suo involucro, per trasudamento delle stesse membrane pleurali. Se una diligente investigazione delle antecedenze, e dei segni, e sintomi compagni della malattia può servire di guida a presumere l' indole dell' esudato nei due primi casi, io non vedo come si possa con sicurezza pronunciare un giudizio nel terzo. Io ebbi nella mia pratica a curare un individuo, al quale dietro una vaga pleurite tenne presso un versamento di liquido nel cavo toracico sinistro. I sintomi che accompagnavano questa malattia nulla avevano che la distinguessero dalle altre congeneri. Non avendo mai potuto ottenere ad onta della più attiva cura l' assorbimento, e vedendo minacciata altrimenti la vita dell' infermo lo disposi alla toracentesi, e la feci eseguire. Maravigliai quando vidi uscire puro sangue nerastro, fluido, e se ne estrassero due libbre circa.

Agevole finalmente è il distinguere il versamento nella pleura di aria, ossia il pneumotorace, così pure di aria e di liquido, o l' idro-pneumo torace, forme di malattia, delle quali io mi dispenso di farne parola. La prima riconoscendo per lo più la sua causa nelle ferite, o nelle fratture delle coste diviene subbietto del chirurgo: la se-

conda avendo la sua origine nella perforazione della pleura per fusioni tubercolari, per gangrena od ascessi del polmone spetta quando al trattato della tisi, e quando alla pneumonite.

La pleurite, a cui sia conseguitata una liquida effusione può confondersi con altre malattie. Fra queste si annoverano.

1.° La pleuro-pneumonitide; 2.° i tumori intratoracici; 3.° l' emfisema polmonale; 4.° la tisi polmonale; 5.° l' effusione pericardica; 6.° l' ipertrofia epatica o splenica.

1.° I segni sensibili che appalesano l' esistenza di una raccolta sierosa hanno tanto di comune con quelli che rivelano un avvenuto ingorgo, od epatizzazione polmonare conseguente ad una pleuro-pneumonite, che se il medico non ha bene educato l' orecchio nell' ascoltazione può di leggieri scambiare una successione morbosa coll' altra.

Il colorito del malato nelle effusioni pleuriche è sempre pallido, mentre nella pleuro-pneumonite su di un fondo giallastro veggonsi le gote dipinte di un rosso vivace. — La tosse nelle effusioni è secca, e nella pleuro-pneumonite è seguíta da sputi striati di sangue: in quest' ultima malattia non avviene quella subita negazione d' ogni rumore respiratorio vescicolare, appena sviluppato il morboso processo, come nelle effusioni pleuriche; non osservasi in essa,

come è proprio di queste l'aumento di volume del lato affetto, lo scostamento degli spazj intercostali lo spostamento del cuore, il turgore degli ipocondrj, l'abbassamento dei visceri sotto diaframmatici. La mano applicata sul luogo della effusione non rileva vibrazione di voce, ciò che non avviene nella pleuro-pneumonite. La percussione non offre in questa quella forte mutezza di suono con resistenza al dito, che distingue l'effusione pleurica, nè quella subita transizione dal suono affatto ottuso al chiaro percuotendo dal basso all' alto. Nella effusione sierosa il soffio bronchiale non è preceduto dal rantolo crepitante secco, caratteristico della pleuro-pneumonite, e lo stesso soffio non è così aspro e rumoroso, come quello di questa ultima malattia. Nella effusione il soffio bronchiale sentesi sempre posteriormente fra lo spazio scapolo-vertebrale, o sotto l'ascella, mai anteriormente, come nella pneumonite. L' egofonia è tutta propria alle effusioni pleuriche. Piegando la pleuro-pneumonite e l' effusione sierosa a risoluzione, la sonorità si restituisce molto più tardi in quest'ultima, che nella prima forma morbosa: in quella al soffio bronchiale succede il *ronchus crepitans redux*: in questa alla dolcezza maggiore ed espansione del soffio tiene pur presso un rantolo crepitante, ma che finisce quasi sempre nel rumore ascendente e discendente.

2.° Tumori solidi intratoracici.

Le cadute sul torace, le stesse flogosi polmonari, pleurali danno talvolta occasione allo sviluppo di tumori solidi nel torace siano encefalloidi, scirrosi, tubercolosi, steatomatosi, i quali ponno essere confusi colla effusione pleurica. Hanno di comune tali produzioni con questa il pallore del colorito, il subdolo insinuarsi del male, la crescente difficoltà di respiro, la tosse secca, o seguíta solo da sputi mucosi, il dolore ottuso limitato ad un sol luogo. L' esame del torace mostra talora un elevamento circoscritto, un edema: la percussione in tal luogo dà un suono muto: l' ascoltazione non rileva alcun rumore di respirazione: il cuore si contrae con rapidità, e talvolta il tumore sviluppato a sinistra fa spostare tal viscere a destra, e viceversa. Non è raro dietro un aumento di volume di tai tumori osservare l' abbassamento dei visceri sottodiaframmatici, la tumefazione degli ipocondrj.

Da questo quadro ognun vede, quanto sia difficile il diagnostico differenziale dei tumori intratoracici dalla effusione pleurica. Se nullameno il medico ha potuto seguire nel suo principio il proprio malato avrà segnato un punto immobile, che talvolta è estraneo ad uno dei lati, è invece sotto sternale, punto che fu sempre muto, e crebbe sempre in mutezza alla percussione, e intorno a cui

ha pur mai rilevato l' egofonia, e trovato nel suo ambito normale il rumore respiratorio vescicolare. In seguito si avvederà di una saglienza tutta propria a tali tumori, limitata, interessante una o più coste, od anco lo sterno.

3.° La sola percussione basta a distinguere la effusione pleurica dall'*emfisema polmonare*, colla quale si verrà a conoscere che la nessuna trasmissione della voce, la negazione del rumore respiratorio vescicolare, la dilatazione del lato affetto dipendono da esagerata espansione delle cellule polmonari, anzichè dalla loro compressione determinata da una effusione di liquido nel cavo toracico.

4.° Una grave effusione nel pericardio potrebbe pure venir confusa con un versamento pleurico del sinistro lato. Il soffio sentito nella parte dorsale per la compressione del polmone esercitata da una copiosa effusione pericardica: i suoni del cuore ascoltati più del naturale nella stessa località: la palpitazione di cuore che accompagna gli esudati pleurici, l' elevamento della parte anteriore del petto potrebbero concorrere ad illudere il medico. Ma se egli ha sino dal suo principio osservato l' ammalato avrà rilevato, che nello spazio cardiaco, quando havvi idropericardio, il suono eccitato dalla percussione fu assai sonoro, timpanico, chè nell' aumento della effusione divenne muto ed in una estensione

maggiore del normale: che nella effusione pleurica iniziante la ottusità di suono incomincia nella parte laterale del petto e dorsale inferiore, e va accrescendo dal basso all'alto, che gli ipocondrj pei primi si fanno prominenti, e che solo nei casi gravissimi osservasi l'elevamento della parete anteriore del petto.

Se ai segni qui annunciati si aggiugnessero quelli di ipertrofia di cuore, di qualche viziatura valvolare, di alterazione nel ritmo delle battute, la differenza risulterebbe più evidente.

5.° La tisi polmonale potrebbe pure dare occasione a versamenti da confondersi colla genuina effusione pleurica, e qui alludere voglio a quelle effusioni, che conseguitano alle fistole pleurali, e vengono sotto il nome di idro-pneumotorace. Ma quand' anco il medico non avesse potuto istituire l' antecedente diagnosi di una escavazione, e gli si presentasse l' ammalato a perforazione già avvenuta, la storia di un dolore che nel suo principio sorprese di un tratto l' ammalato aumentando l' affanno in un modo sorprendente, diminuendo la prima espettorazione, dilatando considerevolmente il lato, lo devono già fare accorto dell' indole diversa del male, anco astrazione fatta dai segni razionali, dall' eredità, dall' abito del corpo, dalle possibili precedute emorragie, e ripetute

bronchiti, ecc. Ciò però che darà maggior peso alla differenza sarà la esplorazione acustica.

Nelle effusioni per fistola pleurale, e ciò varrà anche nei casi di versamenti per gangrena ed ascessi del polmone, essendovi nel cavo toracico miscela di liquido e di gas, la percussione darà nelle parti superiori del petto un suono timpanico, e colla ascoltazione rileverassi il tintinnio metallico, e la respirazione anforica. Scuotendo l'ammalato, si sentirà l'agitazione del liquido nel petto, e chiaro si avvertirà in questi casi il suo spostamento giusta la differente posizione che verrà data all'infermo.

6.° *Ipertrofia del fegato e della milza.* Questi visceri possono talfiata raggiungere tale aumento di volume da occupare parte del torace, e portare una compressione sui polmoni che tolga il rumore respiratorio vescicolare alla loro base, e faccia dubitare della esistenza di un versamento.

I dolori, che nell'entrare della pleurite sviluppansi tal fiata nel destro, o nel sinistro ipocondrio, l'abbassamento d'amendue i suddetti visceri, segni che accompagnano una effusione, valer potrebbero a illudere il nostro giudizio sulla natura della malattia. Ma per poco che si spinga l'esame acustico sul viscere del respiro, e si pratichi con diligenza la percussione sugli organi ipertrofiati, agevole riuscirà, senza il soccorso che prestar possono

e le cose antecedenti, ed i sintomi risultanti dalla lesione dei singoli visceri infermati, agevole, dico, tornerà isolarne il diagnostico.

La pleurite, al pari di ogni altro patimento, ha le sue terminazioni o nella risoluzione, o in altre malattie, o nella morte.

La pleurite secca, limitata ad esudamenti solidi, alla genesi di pseudopleure, viene sempre condotta a guarigione da un attivo trattamento antiflogistico, e le aderenze risultanti da tali morbose produzioni fra le due foglie pleurali, l'esperienza insegna non essere di obice al libero esercizio delle funzioni respiratorie. Ben diversamente avviene, quando la pleurite dà luogo ad un esudamento liquido di qualunque natura esso sia. Abbiamo già veduto le gravi alterazioni viscerali che ne conseguitano, consideriamo ora di quali funeste conseguenze può tal esito essere cagione.

Se l' effusione è sierosa, l' esito in generale è quello della risoluzione. Quando si opponga al male un conveniente trattamento antiflogistico, si può andar sicuri del buon evento della propria cura. Due sole circostanze frappongono un ostacolo a questo prospero successo, la tubercolosi, e l'intonaco pseudomembranoso del polmone.

La tubercolosi, oltre essere di impedimento alla guarigione, suole ben anco accelerare la fine del

malato, poichè per l' avvenuta compressione di un polmone dovendo l' altro attivare la sua opera, più agevole si accende in esso la flogosi, la quale favorendo la fusione dei tubercoli dà luogo allo sviluppo della tisi, quindi al celere deperimento della vegetazione, all' estinzione della vita.

Nel caso che non vi sia tubercolosi, ma che il polmone non possa per le pseudomembrane che lo avviluppano di nuovo espandersi, la vita del malato si conserva più lungamente. *Mohr* (*Beyträge zu einer kunftig Monographie des Empyem.* 1839) cita il caso di un' effusione pleurica di questa natura del destro lato, che si mantenne per quattro anni.

Ma ad eccezione di alcuni rari casi, una compressione a lungo esercitata sul polmone richiedendo per la conservazione della vita attività maggiore nell' opposto, presta facile occasione allo sviluppo di flogosi bronchiali, ed a dolori pleurali con tendenza allo stesso esito. Il cuor destro risente esso pure la impermeabilità di quei vasi, per i quali deve spingere il sangue, quindi la sua ipertrofia con dilatazione, il soverchio distendimento del seno delle vene cave, l' ingorgo dei visceri addominali, l' idrope per ostacolo alla circolazione, il difetto di sufficiente ematosi, e tutta quella serie di patimenti secondarj, che da tanto grave cagione so-

gliono emergere, patimenti, che ciascuno per la sua parte contribuiscono a provocare un lento deperimento del malato, la morte.

L' esudamento purulento oltre avere comuni le notate terminazioni dell' effusione sierosa, giugne talvolta a farsi strada da sè stesso o per la via dei bronchi, o per quella delle pareti toraciche, o del diaframma.

Per la via dei bronchj. La materia purulenta si apre una strada fra il parenchima polmonare, ed incontrando nel suo decorso un bronco, eccita una forte tosse, e l' ammalato di un subito escrea una sorprendente quantità di materia purulenta. Due esempj ne presenta *Andral* nelle osservazioni 25.ª e 36.ª *Heyfelder* (*Studien in Gebiete der Heilvissenschaft. Erst. B.*, p. 26) narra il caso di un ragazzo di sette anni affetto da pleurite destra con esudamento, che nel decorso del male preso da violenta tosse evacuò l'empiema per la via dei bronchj, e guarì. Oltre questo, due altri ne racconta alla pag. 38, dei quali uno morì di soffocazione per la soverchia copia di pus, che tutti riempì i canali aerei.

È raro il caso che questo esito sia seguíto dalla guarigione, e quindi *Begin* dice non essere desiderabile. Gli ammalati vengono per lo più tradotti celeramente alla morte, come lo fu nei sucitati casi del clinico di Parigi.

Per la via del diaframma. Il versamento della materia purulenta nell' addome effettuato per la perforazione del diaframma è assai raro, e sempre fatale, come lo è nelle febbri tifoidee, nella tisi polmonale l' effusione delle feci per la perforazione delle intestina. *Andral* ne offre un esempio nella osservazione 20.ª *Mohr* ne adduce due: la morte in tutti questi casi fu la subita conseguenza di tali esiti.

Per la via delle pareti toraciche. Sebbene assai più di rado, pure avviene che la materia purulenta in via obbliqua s' apra la strada fra i muscoli intercostali, ed elevando il tessuto cellulare della cute sotto forma di tumore molle, edematoso, fluttuante venga a scaricarsi al di fuori. *Mohr* (*l. c.* 24 *Beobacht.*) riferisce il caso di un sarto di 29 anni, che fu affetto da una pleurite destra, alla quale seguì un empiema. Durante il corso del male si presentarono tre ascessi sul lato sinistro del petto, il primo fra la quarta e quinta costa, il secondo fra la sesta e settima, il terzo fra la nona e la decima. Esso aprì il primo, che era il più sviluppato col troikar d'*André*: ne fluì una mezza libbra di pus. Nel decorso del male si aprirono gli altri, che mandarono pure una gran copia di pus. L'ammalato morì di tisi. *Andral* cita due casi nell'*Oss.* 17, e 36 che piegarono

pure a mala fine. Io ne osservai uno in un giovanetto di quindici anni, nel quale si presentò un tumore nella regione dorsale destra fra la ottava e nona costa, che aperto diè luogo al flusso di molta materia purulenta mista a bolle aeree, e la lenta tabescenza ne fu la terminazione.

Le aperture fatte dalla natura nelle pareti toraciche possono chiudersi più o meno presto. *Cruveilhier* vide durare in due ammalati lo scolo del pus per due anni. *Kortum* (*Hufeland's Journ. d. pract. Heilk.*, 1834, *junii*) narra di un ragazzo, nel quale per dieci anni rimase aperta la fistola. Nel caso da me osservato l'apertura fistolosa durò quattr' anni.

Avvenuta l'apertura per via delle pareti toraciche può nascere l'accrezione delle due opposte pleure, e quindi la guarigione; ma potrebbe pure insinuarsi l'aria, e dar luogo ad un idro-pneumotorace. In questo caso la materia purulenta che sorte dal petto acquista un odore fetido, ributtante.

Quanto al prognostico della pleuritide dirò, che quelle stesse circostanze determinate dalla sana costituzione fisica del soggetto, dalla minore violenza delle cause, dalla pronta terapia applicata, le quali sogliono in generale favorire il buon evento di tutte le malattie, asseconderanno anco il prospero successo di questa.

Ciò che deve rendere cauto il medico nel pronunciare un giudizio di futura guarigione si è la cognizione di una preesistente tubercolosi. In questo caso si può con sicurezza prognosticare insanabile la pleurite con versamento, essendo essa quale diretto effetto di una causa, che non è nei poteri della scienza nè di correggere, nè di rimuovere. Son questi quei casi, nei quali, ad onta di un'attiva terapia, il lato rimane sempre muto, dilatato, l' ascoltazione mai rileva il rumore respiratorio vescicolare, l' ammalato è sempre febbricitante, lentamente deperisce nella vegetazione, e vi si aggiungono infine patimenti del canale gastro-enterico, come è proprio di quelle specifiche degenerazioni, le quali a poco a poco assoggettano al loro impero l'intiero organismo.

Avanti di abbandonare questo argomento voglio avvertire il medico di andar pur cauto, anco nei casi che per l'andamento e pertinacia del male pronuncia infausti, nello stabilire la durata approssimativa della malattia. Nella pratica si è osservato che alcuni ammalati muojono di un tratto, senza che i sintomi abbiano potuto fare accorto il medico di sì funesta terminazione, ne se ne possa colla sezione rendere plausibile ragione, essendosi scoperti in altri guasti maggiori, che non hanno corso tal sorte. Io ebbi nella mia pratica due di

simili casi, e *Cruveilhier* ed *Oulmont* fanno speciale menzione di questo infausto avvenimento.

*Cura.* Se si considera la violenza colla quale suole la pleura essere attaccata da infiammazione; se si pon mente ai gravi esiti che si preparano, quando sotto forma di vaghi dolori essa viene ad essere giuoco di un subdolo processo flogistico, ben si rileverà quanto importi in questa malattia una sollecita ed attiva medicazione. Ma per mala ventura, ad eccezione del caso di un dolore che si fissi come una spina ai lati del petto, il malato ben di rado viene mosso a chiedere del medico, e negli spedali il fatto complesso della pleurite con effusione maggiore o minore è l'ordinario soggetto delle mediche cure.

Fra i mezzi terapeutici da opporsi con energia occupa il primo posto il salasso, e della sua indicazione non avvi miglior criterio della percussione, e della ascoltazione. Infatti, se il medico si appoggiasse ai soli segni razionali, esso non avrebbe nel più dei casi per direzione che un'idea preconcetta di una flogosi presente, non trarrebbe le sue indicazioni che dal sangue che estrae, vagherebbe incerto su quelle che lo devono determinare ad insistere, od a far pausa nel metodo antiflogistico. Ed è questo un fatto giornaliero, che la maggior parte dei malati sorpresi da pleurite lamentano i dolori al costato

nei primi giorni, quindi appena avvenuta l' effusione più non li accusano, che dileguati i dolori non si avvedono gran che dell' avvenuto versamento, confondono l' affanno colla idea di debolezza tanto da loro vagheggiata, decombono supini, presentano molte volte nessuna alterazione febbrile, a mala pena vogliono persuadersi ammalati. Come mai pertanto appoggiato ai soli segni razionali rilevar potrebbe il medico non ascoltatore nel suo paziente il grave male che si asconde? Ben a ragione disse *Zeyetmayer* « *Es ist unmöglich, eine rheumatische Pleuritis ohne Percussion und Auscultation mit Sicherheit zu diagnosticiren: denn alle anderen als characteristisch angeführten Zeichen sind unbeständig, mangeln nicht selten gänzlich, und lassen uns selbst in den schwersten Fällen nur auf das wahrscheinliche Dasein einer Pleurisie schliessen* (*Grundzüge der Percuss. und Auscultat. Wien.* 1845). (1)

Il dolore pertanto, l' ansietà del respiro, il decubito obbligato, la tosse secca che si esacerba sotto le ispirazioni, la loquela, il movimento, la reazione febbrile, quando il male possa essere côlto al suo primo svolgersi, mostreranno al medico la presenza di una flogosi, che va spenta colle sanguigne. Ma dopo le prime sottrazioni non receda il medico dalla intrapresa cura, se il paziente offra un miglioramento nella cessazione del dolore, dell' affanno,

della tosse, della febbre. L'ammalato, che in generale nel solo dolore ripone il proprio male, è sollecito di dichiararsi al medico guarito, quando quello più non lo molesti. Altronde siccome era la stessa penosa sensazione che rendeva a lui affannato, angusto il respiro, non potendo in quella condizione spingere l'espansione polmonare al di là del punto dolente: così nella possibilità di ciò fare, a cui venne ridotto dalla opposta cura, confermasi nel sentimento del suo ben essere. Egli è a questo punto, che il medico deve tutto appoggiarsi ai segni statici per ben progredire nel decorso della cura.

Se la percussione e l'ascoltazione lo assicurano di un versamento, a misura che esso è maggiore o minore continui nell' impiego del salasso più o meno ripetuto a norma della esacerbazione o del miglioramento, che dagli stessi segni fisici ripetutamente interrogati ne vedrà risultare.

Questo miglioramento lo desumerà dal sentire il soffio ~~pleurico divenire~~ più dolce, più espanso, dal subentrare la crepitazione pleurica, che ode sempre più discendere dall' alto al basso, dalla comparsa dell' egofonia alla base del polmone, e del fremito vocale.

Ridotto l'ammalato a questo punto alle sottrazioni generali d'uopo è far succedere le locali, applicando una generosa sanguettazione alla regione

dorsale e laterale inferiore, ripetuta a norma del bisogno. Io non saprei ben dire abbastanza quanto vantaggio risulti da questa sottrazione capillare, e come si assicurino, e si migliorino ad un tempo le condizioni del malato già favorite e promosse dell' antecedente cura. Ma il criterio sta nel saper bene stabilire, quando cessar debbasi dal metodo generale per circoscriversi al locale, il che ben determinato, l' utile che ne risulta è veramente sorprendente.

Alla locale sottrazione sanguigna, la quale se vale ad estinguere ogni residuo processo flogistico, non giugne però ad eliminare quel poco liquido, che i segni fisici indicano tuttavia esistente, si deve far succedere l'applicazione dei vescicanti. Sono questi mezzi efficacissimi, ai quali io sempre ricorro guidato da una felicissima esperienza, che mi ha confermato in ogni caso la loro decisa utilità. Questi vescicanti devono essere estesi, larghi, e si applicano quando alla parte dorsale inferiore del torace, quando alla inferiore laterale, e d' uopo è mantenerli lungamente suppuranti.

Quanto ai rimedj interni, convengono al primo svolgersi del male le polveri di cremore tartaro, e nitro a rifratte dosi, le bevande copiose di decotto di gramigna nitrato. Temperata in gran parte la flogosi, e quando non vi sia irritazione lungo il ca-

nale gastro-enterico torna pur giovevole eccitare copiose evacuazioni alvine irritando le intestina con polveri drastiche di calomelano, e radice di gialappa, o con gomma gotta. Io soglio ricorrere di preferenza a questo metodo nei soggetti che presentano un'inerzia nell'assorbimento, che tollerano meglio gli stimoli, che non rispondono con una reazione che valga a complicare la malattia, cioè negli individui di fibra lassa, linfatica, scrofolosi. A questi rimedj, dai quali ritraesi ben soventi un notevole giovamento, faccio succedere giusta il bisogno l'infuso di digitale in dose moderata, cioè di uno scropolo in una libbra di acqua. Questo farmaco così amministrato non provocando la nausea, ed il vomito, che presto conseguitar sogliono alle forti dosi, può essere continuato per tre giorni, oltre i quali in generale forza è sospenderlo per l'intolleranza del ventricolo. All'infuso di digitale riesce molte utile l'aggiunta dell'acetato di potassa, o del bicarbonato di soda. Fra i medicamenti che attivano la secrezione delle rena sperimentai pure assai giovevole l'idroiodato di potassa, il quale trova una più conveniente indicazione nei soggetti scrofolosi. Di questo stesso rimedio sotto forma di pomata, o solo, o misto all'unguento mercuriale mi valgo per fare delle frizioni nelle parti ascel-

lari e dorsali nel caso di pertinacia nell' ottenere l'assorbimento.

Tale è la cura delle pleuriti con liquida effusione, nelle quali il polmone per non essere stato investito da pseudomembrane è ancora capace, avvenuto che sia l' assorbimento, di ricuperare la prima espansione, e questa cura, quando sia condotta, quale io la consigliai, viene quasi sempre coronata da felice successo.

Ma se ad onta di una conveniente terapia, trascorso circa lo spazio di un mese, i segni fisici già descritti non si rivelano al medico ascoltatore, è certo indizio che le pseudomembrane esudate nel periodo della flogosi hanno fermamente avviluppato il polmone compresso. Nella pertinace durata dei segni della presenza di un liquido, se la natura non apre spontanea una via all' esterno arrischiando una probabile risoluzione, l' ammalato succumbe ad un lento deperimento per altre successioni morbose. Ciò che avviene nelle effusioni sierose nella sucitata condizione del polmone, tanto più accade nei versamenti purulenti rinchiusi d'ordinario in un denso e largo sacco pseudomembranoso.

Dovremo noi in questo grave emergente rimanere freddi spettatori delle tristi e sicure conseguenze, alle quali viene esposto il nostro ammalato, od imitando la natura istessa aprire all' effuso li-

quido una strada per rimuovere, se è possibile, il pericolo che sovrasta?

Prima di rispondere a questa importantissima e difficile questione, d' uopo è bene ponderare in quali casi questa operazione detta *toracentesi* possa essere indicata.

Io non converrò mai con quei medici francesi, che si mostrarono non dirò se animosi, od imprudenti nel praticare la toracentesi nello stadio acuto della pleurite. Qualunque sia stato il risultato, chè il buon evento non serve d'appoggio a ben giudicare della cura, certo è che ragion vuole non si abbiano mai a tentare mezzi pericolosi ed incerti, quando degli innocenti e più sicuri ne offre la scienza alla guarigione delle malattie. Infatti, quale bisogno ha mai il medico di questa operazione nell'acuto decorso del male, quando, se l' attività di sua cura proporziona alla forza dell' infiammazione, riesce a vincere e questa, ed i di lei esiti? Ma siffatta attività di cura è pur quella che lasciasi desiderare nei medici francesi, i quali dopo avere maestrevolmente diagnosticata una infiammazione viscerale, si mostrano con vera nostra sorpresa assai lenti ed inoperosi nella terapia. L' unica ragione adunque e la più forte, a parer mio, per la quale io dichiaro controindicata la toracentesi nelle pleuriti acute, si è quella d' essere esse su-

scettibili di risanamento mercè una energica, dirò meglio, una terapia italiana.

Esclusi questi casi la toracentesi dovrebbesi, come vedremo, limitare a quegli altri, che si riferiscono ad una raccolta di liquido sia sieroso, sia purulento, l'assorbimento del quale dopo le più laboriose cure non ha potuto l'arte coi proprj mezzi provocare, e la cui continua presenza per le conseguenti morbose successioni minaccia la vita dell'infermo.

Se pertanto in una pleurite con effusione il medico, esaurito ogni tentativo di cura, mercè i segni fisici riconosce che il male rimanga stazionario, od aumenti, il polmone mantenga sempre la stessa posizione, non si presti mai ad alcuna espansione, che il lato affetto sia sempre muto, dilatato, che la materia effusa cinta all'intorno da pseudomembrane, e chiusa come in un sacco si opponga ad ogni lusinga di futuro assorbimento, che l'opposto polmone colla manifestazione di qualche sua passione senta il peso dell'azione vicaria a lungo sostenuta, che le indebolite forze del paziente, e la febbre eccitata e mantenuta da quello stimolo straniero provochino un lento deperimento, in questo caso agitar deve il medico la convenienza o non della toracentesi.

Ma avanti di portare il suo giudizio sulla indi-

cazione della operazione, amerei considerasse bene dapprima, che il liquido che esso cerca di evacuare non è sempre il prodotto di una semplice infiammazione pleurica, ma sibbene il più delle volte, e appunto nei casi che hanno eluso i poteri dell'arte, un effetto di cause irremovibili esistenti nel cavo toracico, le quali continuando ad esercitare la malefica loro influenza sull'individuo giungono a rendere infruttuosa l'operazione. Alluder voglio alla tubercolosi, la quale, come abbiamo veduto, è la più ovvia fra le cause della pleurite. In questi casi l'operazione tornerebbe affatto inutile.

Vorrei pure che il medico ventilasse bene la convenienza della toracentesi, quando siavi un sommo grado di probabilità, che il polmone possa essere investito da pseudo membrane, le quali, anco evacuato il liquido, si oppongano al suo primo distendimento.

Ed a questo sommo grado di probabilità parmi si possa tentare di avvicinarsi colla esatta esplorazione del polmone. Poichè se il medico nel decorso del male, se nella profusione dei mezzi di cura, vede trascorrere tanto tempo senza mai sentire alcuna crepitazione pleurica, farsi aspro anzichè dolce il soffio, ad onta che la minore dilatazione del lato, ed il restituirsi a luogo dei visceri spostati indichino la diminuzione del liquido, forza è conchiudere che dense membrane imbriglino il

polmone in modo insolubile. In questo caso praticando la toracentesi senza raggiugnere la desiderata espansione polmonare, si ridurrebbe il medico ad avere un foro fistoloso, pel quale introducendosi l'aria, elemento assolutamente nocivo, viene il pus convertito a poco a poco in un icore fetidissimo, che rende insopportabile l' esistenza all' infelice paziente.

Astrazione fatta da questi casi l' operazione dunque dovrebbe limitarsi a quei soli, nei quali dall'esame dei sintomi tutti dell'individuo, e dai segni fisici in ispecie si possa desumere, che evacuato il liquido abbia il polmone a riprendere la primitiva sua espansione.

Quanto al tempo di praticare la toracentesi, vogliono alcuni che l' attendere a ricorrere alla medesima, come raccomandano *Canstatt*, *Schönlein*, *Watson*, *Krause* allorchè venga minacciata la vita dell' infermo sia lo stesso, che porsi nella più sfavorevole posizione pel suo buon successo (*Phillip*. *Skoda*, *Becker*, *Marsh*, *Davies*, *Trousseau*).

Difficile cosa è entrar giudici in questa questione, nè si potrebbe, a parer mio, sollecitare gli uni, respingere gli altri con ragioni e fatti, che l'opinione di ciascuno valgano a piegare e sottomettere ad una sola. Le norme risultano dai casi speciali: ognuno di essi offre particolarità tali, che torna im-

possibile dall' esame di ciascuno determinare una legge, la quale possa fissare quando debbasi praticare questa operazione. Sia il medico prudente, sia accurato nel diagnostico, versato nella pratica dell' ascoltazione, sappia bilanciar tutto nel proprio ammalato: io dico indicata la toracentesi, quando un tal medico la consiglia.

Dove poi senza esame di opinioni è assolutamente a praticarsi la toracentesi, si è quando la natura presenta al costato un ascesso. Questa è una via per la quale tenta essa scaricare un prodotto morboso, e vi vuole sollecitudine nel rispondere all' invito, d' uopo è passar tosto alla puntura.

Io tralascio di descrivere la pratica della operazione come spettante alla chirurgia: dirò solo che siccome l' oggetto di essa si è di mettere di nuovo a contatto la superficie pleurale del polmone colla costale, così deve essere studio del medico che nulla si frapponga a questo avvicinamento. Mentre pertanto esso è intento a procurar ciò colla sortita del liquido, sia sua cura l' impedire l' entrata dell' aria, la quale oltre al produrre lo stesso effetto del liquido quanto al mantener compresso il polmone, promove di più col proprio stimolo una fatale pleurite. A questo fine è a consigliarsi la cannula, a cui sta unito un pezzo d' intestino di coniglio proposta

da *Reybard*, come quella che si oppone più d'ogni altro istrumento all' introduzione dell' aria.

Evacuato che sia il liquido, ha poi il medico assicurato la sorte del suo malato? Nella proposizione di sottrarlo ad un grave pericolo, dal quale era prossimo ad essere minacciato, può egli lusingarsi dopo la toracentesi di poterlo restituire alla prima salute? Non è a negarsi che questa augurata meta egli talfiata raggiunga, ma chi vuole essere conscienzioso converrà pure, che l'esperienza di tutti i tempi ha dimostrato essere questi casi per mala ventura assai rari. Alcune volte avviene, che le pseudomembrane si sono erette in organi di secrezione, ed effondendo di continuo il morboso prodotto rendono necessarie reiterate toracentesi, per cui l' ammalato succumbe ad una lenta tabe: altre fiate nel praticato foro si determina una fistola con secrezione incessante di pus icoroso, che limita il beneficio della toracentesi ad un breve prolungamento di vita.

Ad onta delle difficoltà che vado adducendo, io mi dichiaro però di non avere per iscopo con queste mie considerazioni di gettare dei dubbi sulla utilità della toracentesi, col cui mezzo è innegabile avere non rade volte e la natura e l' arte non solo prolungata, ma sibben' anco scampata la vita dei pazienti; ma intendo solo di oppormi alla sover-

chia confidenza che si vorrebbe oggidì inspirare per questa operazione, al poco, o nessun pericolo che si dichiara conseguente alla di lei pratica, e vorrei avvisare alla negligenza che quindi ne deriva dell'uso di quei mezzi, nei quali risieder potrebbe ancora il potere di vincere la malattia.

FINE.

---

| | | | | ERRORI | CORREZIONI |
|---|---|---|---|---|---|
| *pag.* | 7 | *lin.* | 11 | dibrio | dibrio, |
| » | 20 | » | 26 | Regnund | Reynaud. |
| » | 35 | » | 18 | nella fine della | nella |
| » | 43 | » | 23 | soura | sovra |
| » | 45 | » | 24 | pettoriloquia | broncofonia |
| » | 47 | » | 22 | ma | e |